

De influenza in de komende periode.

Misschien kan men, naar analogie van de influenza-epidemiologie na de pandemie van 1889-1890, de toekomstige ontwikkeling van de huidige influenza van de A-groep voorspellen. De bevolkingsepidemie van 1889-1890 heerste in Nederland in december 1889 en januari 1890, in Engeland in januari en februari 1890. De volgende influenza-epidemie verscheen in Engeland van maart tot mei 1891 en veroorzaakte een vijf maal zo hoge sterfte als in 1890. Ook in Amerika verscheen deze epidemie in maart 1891, maar niet in Duitsland en Nederland (LEICHTENSTERN). In de winter 1891-1892 verscheen opnieuw een influenzapandemie met in het algemeen lagere ziektecijfers, doch met een relatieve letaliteit van tien maal die van 1889-1890. Latere epidemieën werden in Engeland in de winter van 1893-1894, 1895-1896, 1899-1900 waargenomen.

Zou men de bovenstaande gegevens willen overbrengen op de huidige periode, dan is er een kans, dat er een tweede pandemie op deze zal volgen, doch waarschijnlijk niet voor de winter van 1958-1959 of 1959-1960, met een lager ziektecijfer, doch met een grotere virulentie van het virus. De mogelijkheid van een terugkeer in de winter van 1958-1959 is misschien gegeven door het feit, dat de epidemie in Nederland reeds in juni 1957 begon en begin november in hoofzaak geëindigd was.

Ondergetekende wil hier nogmaals zijn dank uitspreken voor de grote belangstelling en medewerking, ondervonden bij de studie van deze epidemie van de Hoofdinspectie der Volksgezondheid (Dr. M. F. POLAK en Dr. C. BANNING), de Inspectie van de Geneeskundige Dienst van de Landmacht (Dr. B. J. W. BEUNDERS), het Hoofd van de Geneeskundige Dienst der Ambonezenzorg (Dr. J. M. A. HAIJE), alsmede van vele artsen, patholoog-anatomen en geïnteresseerde inwoners van ons land, waardoor het mogelijk is geweest, een snelle berichtgeving te verzorgen voor de lezers van dit *Tijdschrift* en voor Dr. A. M. M. PAYNE, hoofd van de epidemiologische Dienst van de Wereldgezondheidsorganisatie te Genève. Mede daardoor is het mogelijk geweest, dat vele landen van de vroege Nederlandse ervaring gebruik konden maken.

Een woord van grote dank komt ook toe aan de bovengenoemde organisatie voor haar prachtig georganiseerde wetenschappelijke berichtgeving, waardoor iedere influenza-onderzoeker ter wereld in staat is gesteld, tijdig zijn waarnemingen te kunnen doen.

Leiden, 5 november 1957

J. MULDER

DE PREVENTIE VAN TETANUS

Sinds vele jaren ent ik alle zuigelingen, die bij mij onder controle zijn, profylactisch in tegen kinkhoest en difterie. Zeer bewust laat ik de profylactische inenting tegen tetanus weg, en wel op grond van de volgende overwegingen.

a. Bij onbekende patiënten met vuile wonden is het vaak uiterst moeilijk om uit te vissen hoe lang geleden en of profylactische inenting tegen tetanus heeft plaats gehad, ook bij mij bekende patiënten is dit bij een ongeval niet altijd direct mogelijk.

b. Hoe lang een profylactische inenting bescherming geeft, kan men nooit met zekerheid uitmaken, en is bovendien individueel verschillend.

Op grond daarvan voel ik mij toch altijd verplicht bij een vuile wond antitetanusserum toe te dienen ongeacht de vraag of inenting heeft plaats gehad. Bovendien heb ik de gewoonte bij diepere steekwonden door vuile voorwerpen, met een injectiespuit jodiumtinctuur in het steekkanaal te

spuiten. Dit is even pijnlijk maar het is een doodeenvoudige ingreep. Volgens mij is dan ook met deze gecombineerde methodiek de profylactische inenting een overbodige ingreep en een onnodige financiële belasting van het Rijk of de patiënten.

Het inspuiten van jodiumtinctuur in het steekkanaal is m.i. geen eigen vinding, maar wordt waarschijnlijk in vele huispraktijken toegepast.

Literatuur: TASMAN, A. (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1386, 1832.

Amstelveen, 30 september 1957

K. J. JAMES

Collega JAMES zal kunnen begrijpen, dat ik het met zijn zienswijze niet eens ben. Zeer in het kort moge ik op zijn betoog ingaan.

a. De uitgevoerde actieve immunisatie tegen tetanus moet worden geregistreerd. Aan de patiënt of (bij kinderen) zijn ouders, verstrekte men een blauwe of roze entkaart of men vermeldde de verrichte enting op de reeds in zijn bezit zijnde entkaart. In verschillende gemeenten (o.a. Zeist en Bilthoven) wordt bovendien op een afzonderlijk inplakvelletje vermeld, dat de houder van het entbewijs tot een zeker tijdstip (drie jaar na de enting) zodanig immuun tegen tetanus is, dat men in geval van verwonding kan volstaan met een herhalingsinjectie van de tetanus-entstof, *waarbij dus geen serum behoeft te worden ingespoten*. Bovendien kan men (zoals te Zeist is geschied) op de G.G. en G.D. of elders een gemakkelijk bereikbaar centraal kaartstelsel aanleggen, dat steeds binnen zeer korte tijd antwoord kan geven op de vraag of de patiënt al-dan-niet tegen tetanus is geënt en zo ja, hoe lang geleden deze enting, resp. herenting heeft plaatsgevonden. Dat men in geval van twijfel omtrent deze immunisatie, antitoxisch serum dient in te spuiten, spreekt vanzelf.

b. Het toedienen van antitetanusserum aan actief geïmmuniseerde patiënten (binnen de aangenomen geldigheidstermijn van drie jaren van deze vaccinatie), moet als een kunstfout worden gezien. Men heeft hierbij de kans, deze patiënten onnodig tegen paardeëiwit te sensibiliseren. De ervaringen, opgedaan bij de Amerikaanse en Canadese legers gedurende de tweede wereldoorlog hebben de doeltreffendheid van deze actieve onvatbaarmaking, gecombineerd met de injection de rappel, overduidelijk bewezen (4 tetanusgevallen op ruim 2.700.000 goed gevaccineerde hospitaalpatiënten).

c. Met de desinfectie door middel van jodiumtinctuur kan ik mij uiteraard geheel akkoord verklaren.

Utrecht, 12 oktober 1957

A. TASMAN

ONNODIGE PROEVEN OP DIEREN

Het referaat „Schuimverdrijvende middelen tegen longoedeem” zit mij dwars. Hoewel ik geen kennis nam van het oorspronkelijk verslag en de inkleding van het experiment, moet mij toch van het hart, dat men bij deze konijnenproeven te ver gaat: in een gesloten ruimte wordt longoedeem veroorzaakt en dan wordt het nuttig effect van enige middelen beproefd, met als maatstaf het aantal overlevenden. Men moest kennelijk zo ver gaan om een criterium te hebben. Van de controledieren waren er geen overlevenden (0 pct). Het oedeemverwekkende middel was dus nog efficiënter dan het „nuttig effect” der afweermiddelen die genoemd percentage tot 53 opvoerden. Deze onderzoekingen wekken bittere herinneringen aan analoge — en ergere — bemoeienissen van medische zijde met medeschepselen.

Als orgaan van wetenschap en kunst heeft ons blad —

en het beseft dit doorgaans gelukkig ook — een maatstaf te belichamen. Een verslag als het besprokene had niet zonder commentaar mogen verschijnen.

Het zou goed zijn als onbedachtzame experimentators als BALAGOT c.s. van gezaghebbende zijde vernamen dat proeven als deze geenszins bewondering afdwingen.

Literatuur: Referaat (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1821.

Haarlem, 28 september 1957

G. W. HYLKEMA

De bezwaren van collega HYLKEMA liggen op een terrein waar men moeilijk kan discussiëren, omdat het oordeel steunt op persoonlijke waardetoetsing van tegenstrijdige gevoelsargumenten. Men kan ook menen dat door longoedeem zoveel lijden wordt veroorzaakt dat het zoeken naar middelen ter bestrijding een belangrijk en menslievend streven is, waarbij het een medische plicht is een betrekkelijk klein aantal dieren op te offeren om het belang van vele mensen te dienen. Naar de ernstige overtuiging van verreweg de meeste ter zake kundigen is het uitvoeren van proeven op dieren met het doel daardoor nuttige kennis te verwerven of aan te kweken, op zedelijke gronden te verdedigen en is het soms een morele plicht. Dat men steeds zijn uiterste best moet doen de proefdieren onnodig lijden te besparen, spreekt vanzelf. Het staat voor ons geenszins vast, dat BALAGOT en zijn medewerkers hun proeven anders hadden kunnen inrichten zodat zij de konijnen minder zouden hebben doen lijden, zonder de bewijskracht van de experimenten te verminderen. Wij menen dat het bedoelde referaat van een leerzaam onderzoek op een gebied dat voor therapeutische toepassing bij de mens thans de aandacht heeft, terecht is geplaatst.

Amsterdam, 16 oktober 1957.

REDACTIE

PRIMAIRE RETROPERITONEALE GEZWELLEN

Aan het slot van zijn artikel somt W. F. VAN DER HOFSTEDÉ de geraadpleegde literatuur op.

In de wereldliteratuur gaat hij terug tot 1921. Had hij dezelfde aandacht besteed aan de produkten van vaderlandse bodem, dan zou hij mijn publikatie in dit *Tijdschrift* hebben aangetroffen, „Over nierkapselgezwellen”, handelende over een patiënte, die door mij in het diaconessenhuis „De Wijk” te Gouda in 1945 werd geopereerd.

Literatuur: HOFSTEDÉ, W. F. VAN DER (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1794. — NYST, PH. (1946) *Ned. T. Geneesk.* **90**, 657.

Gouda, 28 september 1957

PH. NYST

Naar aanleiding van het artikel van collega W. F. VAN DER HOFSTEDÉ, wil ik gaarne een enkele opmerking maken. Hoewel in de Nederlandse literatuur inderdaad weinig aandacht aan dit onderwerp is besteed, miste ik in zijn artikel de publikaties van COHEN (1937) en EERLAND (1942) over genoemde gezwellen. Uit historisch oogpunt had de casuïstische mededeling van KOUWER (1893) mogen worden vermeld. De Nederlander SIKEMEIER wijdde in 1900 een proefschrift aan retroperitoneale gezwellen, waarbij hij de primaire eveneens besprak. NIENHUIS (1925) gaf in een Duitse publikatie een uitvoerig obductieverslag van een patiënt met een retroperitoneaal liposarcoom.

Zoals collega VAN DER HOFSTEDÉ schrijft, ontstaat er na verwijdering van een retroperitoneaal gelegen lipoom vaak recidief, dat in zeer veel gevallen kwaadaardig blijkt te zijn. Het is dan ook zeer de vraag of men retroperitoneaal gelegen lipomen nog als goedaardige gezwellen mag beschouwen. In dit verband zij de opvatting van GOORMAGHTIG e.a. (1936) genoemd, die het diepgelegen vet als één systeem

beschouwen en de daarvan uitgaande gezwellen, waar zij ook in het lichaam voorkomen, als potentieel kwaadaardig zien.

Tenslotte blijken gezwellen, die zich al recidiverend in niets van mesenchymale menggezwollen onderscheiden, in de aanvang geheel op lipomen te kunnen lijken. De histopathogenese van het zg. retroperitoneale lipoom is dus zeer ingewikkeld en hierover is zeker nog niet het laatste woord gezegd.

Wat de houding van de chirurg ten opzichte van eventueel recidief betreft meen ik, dat deze niet louter afwachting mag zijn. Het principe van WANGENSTEEN („second look”, o.a. 1954) bij de chirurgische behandeling van kwaadaardige maag- en darmgezwollen kan wellicht ook in deze gevallen vrucht dragen (DONHAUSER é.a. 1955).

Literatuur: COHEN, M. S. (1937) *Ned. T. Geneesk.* **81**, 3834. — DONHAUSER, J. L. en N. H. BIGELOW (1955) *Arch. Surg. (Chicago)* **71**, 234. — EERLAND, L. D. (1942) *Meded. chir. Univ. Klin. Groningen* **3**, 81. — GOORMAGHTIG, N., P. VAN DER LINDEN en R. DE PUYSELEYR (1936) *Cancer (Brux.)* **13**, 3. — HOFSTEDÉ, W. F. VAN DER (1957) *Ned. T. Geneesk.* **101**, 1794. — KOUWER, B. J. (1893) *Ned. T. Geneesk.* **37**, I 158. — NIENHUIS J. H. (1925) *Z. Krebsforsch.* **22**, 434. — SIKEMEIER, E. W., (1900) Proefschrift Heidelberg. — WANGENSTEEN, O. e.a. (1954) *Surg. Gynec. Obstet.* **99**, 3.

Rotterdam, 30 september 1957

H. SLUZEWSKI

ENKELE GEVALLEN VAN PHTHISIS PULMONUM NA GOED GESLAAGDE BCG-VACCINATIE

Collega VAN VLIET wekt de schijn, alsof hij de conclusie dat BCG-vaccinatie op grotere schaal in ons land van jaar tot jaar minder urgent wordt — een conclusie die hij trekt uit altijd voor kritiek vatbare theoretische beschouwingen — kracht wil doen bijzetten door de mededeling van vijf gevallen waarin BCG-vaccinatie zou hebben gefaald. Dit is jammer, want ieder zal toch wel inzien dat deze vijf gevallen op zichzelf nog niets zeggen. Er bestaat voorzover ik weet geen enkele vaccinatie die voor 100 pct bescherming geeft.

Op de theoretische beschouwingen van collega VAN VLIET zal ik niet verder ingaan. Ik meen trouwens dat wij voor het bepalen van onze houding inzake het BCG-vraagstuk beter het antwoord van de statisticus kunnen afwachten. En al mag dan het strikte statistische bewijs, dat BCG ook in staat is ftisis te voorkomen, nog niet zijn geleverd, er zijn vele — ook statistische — aanwijzingen, dat dit wel het geval is.

Over de door VAN VLIET beschreven vijf gevallen gaarne nog enige opmerkingen. Het lijkt mij moeilijk, met zekerheid op een röntgenfoto uit te maken dat men met een ftisische en niet met een primaire haard te maken heeft. In het bekende Britse onderzoek naar de beschermende werking van BCG heeft men zich hieraan dan ook niet gewaagd.

Merkwaardig is voorts, dat al deze vijf gevallen zulk een hoge graad van post-vaccinale tuberculinegevoeligheid hebben gekregen, die ver uitging boven het gemiddelde dat met deze hoeveelheid tuberculine bij natuurlijk-geïnfec-teerden wordt gevonden, en dat deze bij de meesten in zulke fraaie ronde getallen was uit te drukken (twee maal 20 en eenmaal 30 mm). Het treft de meeste onderzoekers, dat slechts met het meest potente BCG een tuberculinegevoeligheid is te verkrijgen welke die ten gevolge van een natuurlijke infectie nadert. Meestal wordt een veel minder grote tuberculinegevoeligheid bereikt. Men vraagt zich af of dit toevallig zeer bijzondere gevallen zijn geweest; of de tuberculinediagnostiek op zijn bureau niet voor verbetering vatbaar zou zijn; of dat wij hier misschien toch te maken hebben